

## 团体保险合同变更申请书(权益类变更)

受理号: \_\_\_\_\_

扫描业务号: \_\_\_\_\_

保单号码		投保人	
服务人员姓名/代码		服务人员联系电话	

### 申请须知

- 1、□内打√即为所申请项目,同时根据申请内容提供相应文件;此申请在本公司完成申请内容操作后不可撤回。
- 2、为了维护您的利益,请勿在空白申请书上签名(签章),请慎重核对所填写的资料,确认准确无误后再签名(签章)。
- 3、您所申请的变更项目,经本公司审核同意后生效,变更内容及生效日期以批单载明的为准。
- 4、涉及缴费的,本公司将优先使用保单余额进行抵缴(统括保单除外),若保单余额未能抵缴全额保费的将通知您缴纳差额,若未在本公司规定时间内缴清的,本公司有权做撤件处理。

变更事项	变更内容(变更后)
□1. 增加被保险人	申请人数合计: ___人。(明细详见人员名册)
□2. 减少被保险人	申请人数合计: ___人。(明细详见人员名册) 申请原因: <input type="checkbox"/> 离职 <input type="checkbox"/> 其他: _____ <b>投保人声明:</b> 本保单本次退保的所有相关被保险人均已知悉、同意本次退保事宜。
□3. 保险计划变更	<input type="checkbox"/> 新增保险计划(请同步提供载有新增保险计划详细内容的建议书报价单,报价单需由投保人签章确认。) <input type="checkbox"/> 保险计划转移,申请人数合计: _____人;(明细详见人员名册)
□4. 追加账户金额	<b>追加金额:</b> <input type="checkbox"/> 公共账户/金额: _____元; <input type="checkbox"/> 个人账户( <input type="checkbox"/> 单位缴费; <input type="checkbox"/> 个人缴费)/金额: _____元 <b>其中进入账户的净值:</b> <input type="checkbox"/> 公共账户 _____元; <input type="checkbox"/> 个人账户 _____元; <input type="checkbox"/> 管理费 _____元 申请人数合计: _____人(明细详见人员名册) <b>资金来源:</b> <input type="checkbox"/> 新增资金: _____元; <input type="checkbox"/> 内转资金: _____元, 保单号: _____ (新增资金为新缴资金或溢缴金额,内转资金为其他保单转入的资金)
□5. 减少账户金额	<input type="checkbox"/> 公共账户/金额: _____元; <input type="checkbox"/> 个人账户( <input type="checkbox"/> 单位缴费 <input type="checkbox"/> 个人缴费)/金额: _____元 申请人数合计: _____人(明细详见人员名册)
□6. 账户转移	从 <input type="checkbox"/> 公共账户/ <input type="checkbox"/> 个人账户 <b>转移</b> 金额: _____元 至 <input type="checkbox"/> 公共账户/ <input type="checkbox"/> 个人账户。 申请人数合计: _____人(明细详见人员名册)。变更说明: _____
□7. 可用额度变更	申请人数合计: ___人(明细详见可用额度清单)
□8. 减少保险金额 (仅「信福未来」团体终身寿险产品适用)	申请人数合计: _____人 被保险人姓名: _____ 证件号码: _____ 的 <b>保险金额</b> 减少至 _____ 元 (如多人,请填写人员名册)
□9. 复效 □10. 减额缴清 □11. 取消承保条件 □12. 补充告知	申请人数合计: _____人 被保险人姓名: _____ 证件号码: _____ (如多人,请填写人员名册) <b>取消承保条件原因/补充告知内容:</b> _____ (请附相关资料) (对应承保条件生效两年后方可申请取消承保条件。)
□13. 保障延续	申请人数合计: _____人 被保险人姓名: _____ 证件号码: _____ 手机号码: _____ 电子邮箱: _____ (如多人请逐个被保险人填写本申请书;另需在本表第19项授权被保险人的续期缴费账户)
□14. 年金险专有变更	<input type="checkbox"/> 权益归属规则变更 <input type="checkbox"/> 领取信息变更/ <input type="checkbox"/> 归属等级变更: 申请人数合计: _____人(明细详见人员名册) 具体变更内容: _____
□15. 建工险专有变更	<input type="checkbox"/> 中止保险期间,保险期间自____年__月__日(24时)起中止(须为受理日之后,空白视为受理日) <input type="checkbox"/> 恢复保险期间,保险期间自____年__月__日(24时)起恢复(须为受理日之后,空白视为受理日) <input type="checkbox"/> 延长保险期间,保险期间延长至____年__月__日(24时) 中止/延长原因: _____ (需提供相关证明文件)
□16. 健康优享专有变更	<input type="checkbox"/> 追加公共医疗保险金: 保额 _____元(保费 _____元) <input type="checkbox"/> 个人保额变更,申请人数合计: _____人(明细详见人员名册)
□17. 退还保单余额	退还金额: _____元
□18. 其他变更	具体事项: _____
19. 如涉及退费,请勾选: □①退至投保人 □②退入保单余额账户 (若未勾选则默认②) 授权续期缴费账户,请勾选: □授权续期缴费账户	户名: _____ 开户银行: _____ 银行 _____ 支行 银行账号: _____ 变更被保险人账户时填写: 姓名: _____ 证件号码: _____ 退费授权账户非本保单缴费账户,请告知原因: _____

### 委托授权事项

现委托 \_\_\_\_\_ (身份证件号码: \_\_\_\_\_) 为本单位/本人 办理上述指定申请事项,由此产生的一切法律后果均由本单位/本人承担。

**□申请人确认: 本单位/本人已仔细阅读、理解并同意本申请书背面的《投保人/被保险人声明》。**

投保人签章:    经办人: 联系电话: 申请日期:	被保险人/监护人签名:    联系电话: 申请日期:	受托人签名:    联系电话: 申请日期:
--	---	--------------------------------------

**团体告知事项**

(以下告知内容仅适用于企业保单, 家庭保单被保险人达到告知条件时请另行填写个人告知书)

**申请增加被保险人、保险计划转移及复效时必须填写; 以下告知事项内容会影响本公司承保决定和保险费率, 请务必充分了解被保险人相关信息后进行如实告知。**

1	主被保险人是否为单位在职在岗员工?	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
2	目前是否有被保险人尚在住院或病休中?	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
3	近一年内是否有因患病而不能全勤工作累计超过两周或减轻劳动量的员工?	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
4	是否有智能障碍或身体残障员工?	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
5	被保险人过去是否患有或曾有下列症状或疾病? 恶性肿瘤(含原位癌)、心脏病、 <b>心肌梗塞</b> 、脑中风、脑瘤、 <b>脑炎后遗症或脑膜炎后遗症</b> 、主动脉血管瘤、慢性呼吸衰竭、终末期肺病、重症肝炎、肝硬化、肾衰竭、再生障碍性贫血、糖尿病合并严重并发症、高血压 III 级、红斑狼疮、重症肌无力、运动神经元疾病、恶性葡萄胎、艾滋病、埃博拉病毒感染、精神类疾病、痴呆、瘫痪、 <b>癫痫</b> 、深度昏迷或其他正在治疗的疾病或外伤。	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
6	目前是否有怀孕超过 28 周或产后不足四周的员工?	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
7	被保险人是否需要参加飞行、潜水、登山、攀岩、赛车、赛马、举重、武术比赛、滑雪、滑浪、漂流、蹦极等危险活动?	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
8	被保险人是否因工作原因需要前往正在或经常发生自然灾害、病疫、战乱、动乱、种族冲突、政局动荡的危险地区或国家?	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
9	被保险人的职业是否涉及或接触任何危险物(化学物质、爆炸物、有毒物质或其他危险物)、高处作业(指在距坠落高度基准面 2 米或 2 米以上有可能坠落的高处进行的作业)、380v(含 380v)以上的高压作业、潜水或水下作业、隧道坑道或井下作业等危险工作?	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
10	被保险人中是否存在中信保诚人寿保险有限公司《职业分类表》中的下列拒保职业人员? 矿工、爆破工、井下作业工、湖盐采掘爆破工、坑探工、地震物探爆炸工、海洋地质取样工、航道航务施工工、潜水工程人员、爆破工程人员、海上救助打捞工程技术人员(参与海上艘救、打捞行动)、航空环控救生装备试验工(空中试验)、安装玻璃幕墙工、船体切割人员(船上)、高炉炉前工、爆破工、石棉制品工、硫酸生产工、硝酸生产工、盐酸生产工、磷酸生产工、纯碱生产工、烧碱生产工、氟化盐生产工、缩聚磷酸盐生产工、火药、炸药、爆竹、烟火制造及处理人员、核子化学工程工作人员(含核电工人)、战地记者、特技演员、高空杂技飞车飞人演员、动物园驯兽师、保安、电力高压电工程安装架设人员、防暴警察、消防队队员、防毒防化防核抢险员、保镖、空军飞行官兵、海军海洋巡戈舰艇及潜艇官兵、特种兵(伞兵、水中爆破兵、化学兵、负有布雷爆破任务之工兵、情报单位任负有特殊任务者...等)、两栖部队(蛙人、负有布雷爆破之人员)等、前线军人、火工装药工、雷管制造工、索状爆破器材制造工、火工品装配工、爆破器材试验工、散打运动员、职业拳击运动员、无业人员。	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>

以上回答第 1 点回答为“否”或其他告知事项回答为“是”的, 请详细告知, 如有诊治病历及相关检查报告, 请一并提供:

**投保人/被保险人声明**

**一、告知事项及权益确认**

1. 本单位/本人(指投保人及被保险人)已阅知, 理解并同意遵守贵公司申请须知。
2. 上述涉及保险权益变化的申请事项, 本单位/本人(指投保人)已告知所有相关被保险人, 并且征得被保险人的同意; 如涉及法律纠纷, 由投保人承担相关责任。
3. 本单位/本人(指投保人及被保险人)确认本申请表填写的、随附文件记载的内容均准确并属实且符合本单位/本人、被保险人及其他相关主体的真实意愿。如有隐瞒或不实, 相关责任由本单位/本人承担。
6. 本单位(指投保人)已通过查阅贵公司官网(www.citic-prudential.com.cn)的内容, 知悉贵公司《职业分类表》, 理解其含义并依据其为被保险人所属的职业进行分类, 若所填报的职业类别与实际不符, 影响贵公司决定是否同意承保或者提高保险费率的, 贵公司有权解除保险合同且不承担保险责任。
7. 本单位/本人(指投保人及被保险人)知晓所有保险合同事项均以保险合同所载为准, 除由贵公司经正式程序修改或批注的内容外, 其它任何的口头及书面陈述、报告或合约均无效, 贵公司无需负责。

**二、个人信息使用授权确认**

1. 本单位/本人(指投保人及被保险人)确认, 已经通过查阅贵公司官网, 阅读、理解并同意《中信保诚隐私政策》的全部内容。
2. 本单位/本人(指投保人及被保险人)确认, 相关涉及个人信息收集和处理事宜, 已告知被保险人、受益人、联系人、法定代表人(负责人)等相关信息主体并已获得上述信息主体的明确授权同意, 如涉及法律纠纷, 由本单位/本人承担相关责任。
3. 基于本单位/本人(指投保人及被保险人)的同意、履行保险合同的必要以及《中信保诚隐私政策》中“我们如何收集和您的个人信息”所述的目的、法律依据和方式, 在法律法规许可的范围内:
  - 1) 同意贵公司及其合作的机构处理本人、被保险人、受益人、联系人、法定代表人(负责人)的个人信息(其中可能含有贵公司隐私政策中“附录 1: 定义”项下所述的敏感个人信息)。《中华人民共和国个人信息保护法》规定, 敏感个人信息包括生物识别、宗教信仰、特定身份、医疗健康、金融账户、行踪轨迹、不满十四周岁未成年人的个人信息。
  - 2) 同意贵公司将本人、被保险人、受益人、联系人、法定代表人(负责人)的个人信息披露或提供给贵公司隐私政策中“我们如何委托处理、对外提供、转让、公开披露您的个人信息”项下所述的第三方。贵公司的合作机构可对上述个人信息进行有效性核验、存储、登记、合理的使用与传递。
  - 3) 同意贵公司将本人、被保险人、受益人、联系人、法定代表人(负责人)的个人信息根据贵公司隐私政策中“您的个人信息如何在全球范围转移”项下所述的中国境外处理, 并提供给隐私政策中“我们如何委托处理、对外提供、转让、公开披露您的个人信息”项下所述中国境外的接受方。
  4. 本单位/本人(指投保人及被保险人)同意贵公司在实现处理目的所需的期限内保存及使用投保人、被保险人、受益人、联系人、法定代表人(负责人)的个人信息。除法律法规另有规定或本单位/本人另有授权外, 保险期间在一年以下的保险产品或/和服务, 从保险合同终止之日起计算保存 5 年; 保险期间超过一年的保险产品或/和服务, 从保险合同终止之日起计算保存 10 年。

投保人签章:	被保险人/监护人签名:	受托人签名:
经办人:	联系电话:	联系电话:
联系电话:	申请日期:	申请日期:
申请日期:		